FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889 — **THÈSE** N° — 224

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 mai 1889, à 1 heure

Par HENRI LASSERRE

Ancien externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DU TRAITEMENT

DES

ADÉNITES CHRONIQUES

ET DE QUELQUES ABCÈS FROIDS

PAR LES INJECTIONS DE NAPHTOL

Président : M. BOUCHARD

Juges : MM. { G. SÉE, *professeur.* RAYMOND, QUINQUAUD, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE
23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.	DUPLAY.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
Clinique médicale.	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef des travaux anatomiques	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	POUCHET	RIBEMONT-DESSAIGNES
BRISSAUD	JALAGUIER	QUENU	ROBIN (Albert)
BRUN	JOFFROY	QUINQUAUD	SCHWARTZ
BUDIN	KIRMISSON	RAYMOND	SEGOND
CAMPENON	LANDOUZY	RECLUS	TROISIER
CHAUFFARD	MAYGRIER		VILLEJEAN
DEJERINE			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUCHARD

Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAJOT

A MONSIEUR LE DOCTEUR MILLARD

MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DU TRAITEMENT

DES

ADÉNITES CHRONIQUES

ET DE

QUELQUES ABCÈS FROIDS

PAR LES INJECTIONS DE NAPHTOL

INTRODUCTION

Décidés à faire connaître simplement les résultats remarquables que l'on obtient avec les injections de solutions de Naphtol dans les abcès froids et l'adénite tuberculeuse, nous ne nous étendrons pas sur l'histoire des traitements qui ont été dirigés jusqu'à nos jours contre ces affections. Nous énumérerons seulement les méthodes qui n'ont plus qu'un intérêt historique, nous réservant d'être plus complet pour les procédés qu'on emploie encore aujourd'hui et dont nous nous réservons d'apprécier la valeur.

Qu'il nous soit permis, avant d'aller plus loin, d'adresser tous nos remerciements à M. le professeur Bouchard qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, c'est sur son bienveillant accueil, et inspiré par les premiers résultats obtenus par lui, que nous avons composé ce modeste travail. Trop heureux, si nous pouvons obtenir son approbation.

Que M. Peyrot veuille bien accepter l'hommage de toute notre gratitude pour l'extrême obligeance qu'il a mise à nous laisser recueillir et publier les premières observations prises dans son service.

Que MM. les professeurs Brouardel, Duplay, Pajot et M. le D[r] Millard, qui furent nos maîtres dans les hôpitaux reçoivent tous nos remerciements. C'est à leurs sages conseils et à leur expérience éclairée que nous devons tout ce que nous savons.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les collections purulentes d'origine tuberculeuse dont nous étudions le traitement,sont les abcès migrateurs, ossifluents, les abcès froids du tissu cellulaire, les adénites tuberculeuses.

Les premières les abcès ossifluents doivent être tout d'abord mises à part.

Leur traitement a subi une grande révolution depuis l'avènement de la chirurgie antiseptique ! C'est-à-dire depuis quelques années à peine.

Dans une première période, le traitement est uniquement conservateur. L'ouverture spontanée de ces grandes poches que visitait l'érysipèle et où naissait facilement l'infection purulente était très redoutée des chirurgiens qui recommandaient les applications de teinture d'iode, les pommades épispastiques, les emplâtres et les onguents stibiés.

Au contraire toute application irritante, toute révulsion importante sont condamnées par Nélaton et par Follin. Mais l'abcès loin de rétrocéder, menaçait-il d'ulcérer la peau à bref délai, il fallait à tout prix éviter

cette ulcération qui ouvrait une large porte d'entrée à l'air ; on ouvrait l'abcès par une ouverture dont la disposition et l'importance ont souvent varié.

Bientôt Velpeau imagina les injections iodées. Abeille et Boinet vulgarisèrent ce traitement que Bonnet de Lyon perfectionna encore. Il injectait 60 grammes de teinture d'iode qu'il abandonnait dans le foyer.

Telle était la pratique habituelle des chirurgiens.

Exceptionnellement quelques maîtres tentèrent un traitement plus radical. Lisfranc ouvrit largement la poche sur laquelle il appliquait des sangsues. Sentin fit l'incision des parois de l'abcès.

Mais ces tentatives étaient prématurées, et encore en 1878 le traitement des abcès ossifluents était résumé ainsi dans une thèse d'agrégation : « Tout faire pour éviter la formation de l'abcès, mais s'il se forme, tout mettre en œuvre pour en éviter l'ouverture. »

CHAPITRE II

TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Contre les simples abcès froids du tissu cellulaire et surtout contre les adénites tuberculeuses, la chirurgie se montra de bonne heure plus hardie. Quand la résolution n'a pu être obtenue, quand l'abcès est formé, on cherche toujours à prévenir l'ouverture spontanée par l'évacuation du pus. Mais on répugne à l'incision simple réservée ainsi que les caustiques aux plus petits abcès. Les abcès un peu volumineux sont ouverts à l'aide du cautère potentiel préféré au fer rouge, que Petit de Lyon essaya de remettre en usage.

Dupuytren fit des injections vineuses. B. Bell passe dans l'abcès un séton composé de plusieurs fils, Flaubert (1820) incise l'abcès et le bourre de charpie; enfin Boyer préconise les ponctions successives.

Pour le traitement de l'adénite tuberculeuse, Velpeau recommande l'évacuation du pus par une petite ouverture, quand la peau est intacte; l'ouverture par les caustiques, quand la peau est amincie et décollée. Lorsqu'il reste dans le fond de l'abcès une coque ganglionnaire résistante, il recommande les cautérisations au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc; et même le grattage des parois de l'abcès à l'aide d'une curette.

Enfin l'extirpation était réservée aux ganglions mobiles isolés, facilement accessibles.

La seconde période commence avec l'avènement de la chirurgie antiseptique, on traite alors sans distinction et sans crainte les grands et les petits abcès tuberculeux.

Lister fit lui-même une des premières applications de la méthode en incisant les abcès froids et en réunissant la poche sous le pansement antiseptique.

Bientôt, les nouvelles découvertes de l'anatomie pathologique vinrent montrer aux chirurgiens qu'il ne suffisait pas d'ouvrir ces abcès et de les réunir ; qu'il fallait rechercher et détruire les follicules tuberculeux jusqu'en ses prolongements les plus éloignés. C'est l'époque des larges abrasions, des grattages poussés jusqu'à la source de l'abcès, jusqu'à la colonne vertébrale.

Quant aux gommes tuberculeuses et aux adénites tuberculeuses, on vide leur contenu, on détruit leurs parois à l'aide de la curette tranchante ; les boyaux diverticulaires des poches purulentes sont fouillés jusque dans leur profondeur. « Je ne fais pas de miséricorde aux muscles, ni aux os ni à la peau, dit Socin de Bâle, Je ne respecte que les vaisseaux ». Les gros vaisseaux peut-être, mais quant aux capillaires ils étaient largement ouverts et avec la sécurité que procure l'usage de l'antisepsie chirurgicale, on ne se préoccupait pas de cette porte largement ouverte.

De brillants succès furent publiés de toutes parts ; quelques grands abcès ossifluents furent complètement guéris ; quant aux guérisons d'abcès du tissu cellulaire

et d'adénites tuberculeuses on ne les compta plus: leur traitement simple, rapide, radical et innocent, semblait-il, même acquis aux prix de quelques cicatrices apparentes, rentra dans le domaine de la petite chirurgie.

Mais bientôt quelques insuccès furent publiés, quelques accidents graves connus, l'on envisagea un peu plus les inconvénients.

C'est au congrès de chirurgie 1885 que le Professeur Verneuil vint, le premier, faire le procès du râclage et les opérations sanglantes dirigées contre les abcès froids.

Les arguments par lesquels il appuyait sa « note discordante » ne manquaient pas de gravité. Ils ont été exposés et résumés par plusieurs de ses élèves.

M. Reclus (1) reconnaît à ces procédés sanglants un triple inconvénient : 1° L'auto-inoculation, l'instrument ouvre les vaisseaux de la zone suspecte au milieu de laquelle on travaille ; des bacilles sont absorbés, et les observations sont déjà nombreuses, où une méningite, une pneumonie tuberculeuse, ou une granulie a suivi les opérations sanglantes; 2° la récidive est très fréquente : on laisse quelques petits ganglions atteints déjà, quelques follicules, quelques traînées nodulaires perdues dans les mailles conjonctives, et au bout d'un temps plus ou moins long le foyer caséeux se reforme. Le troisième désavantage n'est pas moindre : il faut faire une large incision pour pénétrer à

1. *Manuel de pathologie externe*, 430.

l'aise dans les tissus malades ; or une incision implique une cicatrice, fût-elle linéaire ; et l'on sait le désagrément d'une cicatrice, surtout chez une femme, et principalement au cou, le siége le plus fréquent des adénites tuberculeuses.

Traitement par les injections d'éther iodoformé.

Pour toutes ces raisons, M. Verneuil rejeta le râclage, et proposa de lui substituer un traitement aussi efficace et moins dangereux. Nous voulons parler des injections d'éther iodoformé dans les abcès froids.

S'appuyant sur les travaux de Mosetig Moorhof, qui attribuaient à l'iodoforme une valeur antiseptique considérable, et surtout une action spécifique contre la tuberculose ; M. le Professeur Verneuil pensa que l'action directe de l'iodoforme sur les tissus tuberculeux pourrait remplacer l'opération sanglante. L'obstacle était la grande insolubilité du médicament. Il fallait trouver un véhicule capable de porter l'iodoforme au contact des moindres anfractuosités de la cavité. L'éther fut employé avec succès. La solution généralement en usage est la solution à 5 0/0. Le manuel opératoire est des plus simples. On fait : 1° la ponction de l'abcès à l'aide d'un trocart de l'aspirateur ; 2° l'évacuation du liquide à l'aide de l'appareil de Potain ; 3° l'injection de la solution iodoformique. La quantité de solution injectée varie avec le volume de l'abcès ; mais elle ne doit jamais dépasser 5 grammes

d'iodoforme. L'injection faite on retire le trocart et l'on pratique l'occlusion de l'orifice cutané.

Après l'injection l'éther se vaporise et distend la poche dont les moindres replis deviennent accessibles à l'action du médicament qui, se séparant de son véhicule, se dépose sur les parois étalées de l'abcès.

Cette méthode a été accueillie avec grande faveur. Elle a donné des succès retentissants en France et à l'étranger. Bruns de Tubinge a obtenu 40 guérisons sur cinquante-quatre injections iodoformées dans les abcès froids. Non-seulement on a vu l'abcès guérir sous l'action de l'iodoforme, mais encore la tuberculose pulmonaire de quelques malades a été enrayée.

En résumé les avantages de la méthode sont basés sur :

1° La valeur antiseptique de l'iodoforme et sur l'action curative spéciale de ce médicament contre la tuberculose ;

2° Sur l'innocuité de l'opération lorsqu'on ne dépasse pas la dose de 5 grammes d'iodoforme injecté à la fois ;

3° La facilité du manuel opératoire qui évite au malade une opération sanglante qui l'expose à la généralisation de la tuberculose et à des cicatrices ou à des déformations.

Inconvénients du traitement avec l'éther iodoformé.

Les inconvénients reconnus par les vulgarisateurs même de la méthode sont les suivants.

La distension brusque qui suit l'injection et qui procure des douleurs violentes. Cette distension peut amener un sphacèle étendu de la peau, ainsi que cela est arrivé à MM. Berger, Gérard, Marchand, Reclus.— A cette distension sont dus encore des phénomènes de compression lorsque l'abcès se trouve au voisinage de certains organes. C'est ainsi que dans un cas de M. Verchère. l'abcès se distendit après l'injection, et comprima la trachée ; la douleur fut vive, et la gène respiratoire intense. On dut ponctionner la poche gazeuse pour diminuer la tension. M. Reclus a observé les mêmes incovénients à l'Hôtel-Dieu et à Broussais.

Les guérisons après une injection sont rares, habituellement 3, 4 injections, et quelquefois sont plus nécessaires et comme l'on met un intervalle de quatre ou cinq semaines entre chaque injection il s'en suit que la longueur du traitement est considérable : « Mais un reproche beaucoup plus sérieux qu'on peut adresser à cette méthode, dit un vulgarisateur des injections iodofomées, c'est le temps souvent fort long qu'elle demande pour débarrasser complétement le malade (1).

M. le Professeur Lannelongue cite 4 cas où l'injection a été suivie d'inflammation vive avec tension, chaleur locale, état général grave ayant nécessité la large incision et les lavages antiseptiques.

Enfin on a cité à la société de Chirurgie (2) des acci-

1. Hameau, Thèse Paris, 1888.
2. *Société de Chirurgie*. Peyrot.

dents dus à l'éther et qui consistent en un sommeil profond et très prolongé, menaçant pour la vie du malade, et dont on a eu grand peine à faire revenir l'opéré.

C'est pour éviter ces accidents dus au véhicule que quelques auteurs ont proposé de remplacer l'éther par un autre dissolvant : c'est ainsi que Bruns et Nauwerk ont injecté une émulsion de 10 grammes d'iodoforme dans 100 grammes d'un mélange à parties égales d'alcool et de glycérine (1). Mais M. Bouchard a montré que les injections de glycérine n'étaient pas innocentes et que ce liquide devait être proscrit comme véhicule dans les injections abondantes faites dans le tissu cellulaire (2).

Plus graves sont encore les critiques qui se sont élevées récemment contre les trois conditions qui sont la base même du traitement.

Nous voulons parler : 1° de la valeur antiseptique de l'iodoforme ; 2° spécialement de l'action spécifique de ce médicament contre le bacille tuberculeux ; 3° de l'innocuité des injections iodoformiques.

L'iodoforme est-il antiseptique ?

C'est une question qui a été fort discutée dans ces derniers temps. Nous avons vu quel enthousiasme suscita après les travaux de M. Mosetyng-Moorhof en

1. Bruns et Nauwerk, *Therapeuts Monatsh*, 1887, n° 5.
2. Bouchard, *Thérapeut. des malad. infectieuses*, p. 311.

1880, l'usage de l'iodoforme, dont les bons effets proclamés par tous les chirurgiens furent mis au compte de la valeur antiseptique du médicament. Bientôt quelques accidents dans la réunion, et surtout dans la désinfection des plaies, attirèrent l'attention des microbiologistes sur l'action de l'iodoforme. C'est surtout dans ces derniers temps que les travaux s'accumulent, ce sont Heyn, et Rovsing (1) à Copenhague, qui montrent que la présence d'une quantité même considérable d'iodoforme n'empêche pas le développement des bactéries les plus diverses. De Ruyter à Berlin, Lübbert à Wartzbourg, sont arrivés aux mêmes conclusions qui s'imposent aussi à Tilanus d'Amsterdam.

Dans un second travail Rovsing (2) vient corroborer les résultats de ses premières expériences en étudiant l'action de l'iodoforme sur le bacille de la tuberculose dans les tissus vivants. Il a fait une série d'expériences curieuses pour lesquelles il s'est servi du procédé de Cohnheim et Salomsen qui consiste à faire naître sûrement la tuberculose par l'inoculation de substance tuberculeuse dans la chambre antérieure des animaux en expérience.

Dans les expériences de M. Rovsing, la substance tuberculeuse à inoculer fut prise dans un poumon de lapin et mélangée à cinq fois environ son volume d'iodoforme. Trois lapins furent inoculés dans les deux yeux avec le mélange d'iodoforme ; deux autres dans un seul œil, l'autre œil recevant du tissu tuber-

1. Heyn et Rovsing. *Forstch der médic.* 1887, n° 2.
2. Rovsing (Thorkild *Forstch der médic.* 1887, n° 9, mai).

culeux pur, non mélangé d'iodoforme. Dans tous les cas l'inoculation a eu pour conséquence le développement d'une tuberculose locale qui n'a pas tardé à se généraliser dans tous les tissus. La présence de l'iodoforme n'a semblé dans aucun cas retarder le développement de la maladie ni en diminuer l'intensité. Au contraire dans les deux cas où l'on inocula de la substance tuberculeuse pure dans l'un des yeux, et cette substance mêlée à de l'iodoforme dans l'autre œil, la présence de l'iodoforme sembla accélérer la première apparition des tubercules, ainsi que leur développement ultérieur qui fut plus rapide ; ces expériences permettent à l'auteur de tirer les conclusions suivantes :

1° L'iodoforme n'a aucune influence sur la vie des bacilles de la tuberculose, bien que son action dans l'œil ait été facilitée par un contact prolongé de quatorze jours environ avant l'apparition des tubercules, et que la libre action de la lumière ainsi que la présence du tissu vivant, soient éminemment favorables à un dégagement abondant d'iode ;

2° L'iodoforme paraît avoir au contraire une influence irritante qui dans un milieu aussi délicat que l'iris semble prédisposer à fournir un milieu favorable à la vie et à la culture du bacille de la tuberculose (1).

M. Rovsing n'est pas le seul qui ait accusé l'iodoforme de produire cette action irritante, on l'a accusé d'empêcher la réunion des plaies et de favoriser le développement de l'érysipèle chirurgical. Kuster aurait

1. *Annales de l'Institut* Pasteur. Tome I, p. 314.

vu les cristaux d'iodoforme jouerle rôle de corps étrangers, et devenir l'origine d'inflammations circonscrites, véritables phlegmons iodoformiques. Folkson, à son tour, a constaté les mêmes phénomènes ; au milieu du pus phlegmoneux il a trouvé de l'iodoforme pur ou mêlé de sécrétions.

Quel que soit le rôle pathogénique de l'iodoforme dans la production de ces complications, on peut au moins lui reprocher de ne pas les avoir empêchées.

L'iodoforme cependant a trouvé des défenseurs. C'est ainsi que Neisser a étudié l'action de ce corps sur quinze espèces. Une seule s'est montrée très sensible à l'action de l'iodoforme. C'est le bacille du choléra qui était tué dans presque tous les cas, là où les autres résistaient très bien. Cependant aucun microbe ne sortait absolument indemne de ces cultures, en présence de l'iodoforme, tous en emportèrent un léger degré d'affaiblissement.

C'est aussi le résultat auquel est arrivé M. P. Villemin (1). Sur vingt tubes d'agar renfermant de l'iodoforme en poudre placée en nature, ou abandonnée par l'évaporation de l'éther, cet auteur a constaté « un retard constant dans l'éclosion de la culture qui reste médiocre, mais n'en est pas moins évidente. »

De ces travaux et d'autres plus nombreux encore que nous ne pouvons passer en revue, on peut conclure comme le fait M. Duclaux dans sa savante revue sur la valeur de l'iodoforme comme antiseptique : « Au total

1. Villemin. *Thèse Paris*, 1888.

essayé sur les êtres vivants comme dans les milieux inertes, l'iodoforme se révèle comme un antiseptique médiocre (1). »

Il n'en est pas moins vrai que les chirurgiens emploient et emploieront sans doute longtemps encore avec quelques succès l'iodoforme dans le traitement de certaines plaies, car comme le dit M. Duclaux : « Il est sûr que la production lente d'iode sur les surfaces tapissées d'iodoforme, soit sous l'influence de la lumière, soit sous celle de la vie des tissus, soit encore comme le prouve Behring et comme le confirme Neisser sous l'influence de dégagements gazeux, produits par les microbes , peut exercer une action favorable sur la marche de la cicatrisation (2).

Personne n'oserait s'élever contre cette dernière affirmation, mais on ne peut s'empêcher de remarquer qu'il y a loin de cette « action favorable » à l'action spécifique et aux merveilleuses cures de Warfwinge.

Concluons donc en disant que l'iodoforme a comme antiseptique, une valeur très faible et qu'en tous cas son action spécifique contre le microbe de la tuberculose n'est rien moins que démontrée.

L'iodoforme est-il innocent ?

Reste le troisième point que nous nous sommes proposé d'examiner. Si ce médicament est peu efficace, est-il au moins innocent ?

1. Duclaux. *Annales Inst.* Pasteur. T. I, 605.
2. Duclaux. *Loc. cit.*

L'étude expérimentale de la toxicite de l'iodoforme a précédé de beaucoup son usage thérapeutique. Aussi s'explique-t-on difficilement l'usage peu prudent que les praticiens ont fait, au début, du médicament.

Déjà en 1856, Maitre, dans sa thèse inaugurale, Humbert et Marctin dans un mémoire présenté à l'Académie de Médecine, avait attiré l'attention sur les résultats qu'ils avaient obtenus en administrant l'iodoforme à différentes espèces animales. A doses même peu élevées, ils avaient vu chez les chiens se produire des troubles gastriques, caractérisés par des nausées, des vomissements, de la diarrhée. Quant aux manifestations nerveuses, ils les avaient divisées en deux périodes distinctes. La première caractérisée par un abattement plus ou moins profond, et une sorte d'ivresse ; la seconde se manifestant au contraire par des phénomènes d'excitation très marquée, des mouvements convulsifs, quelquefois même des convulsions tétaniques (1).

Depuis ces travaux, ont paru différents mémoires de Binz, Högyes, la thèse de Martin, qui ont mis en lumière les troubles paralytiques qui peuvent être attribués à l'intoxication iodoformique. Plus récemment encore Rumnio a étudié les troubles circulatoires dus à la même intoxication.

Quant aux accidents qui sont survenus dans l'usage du médicament, on les a divisés, justement, en accidents locaux et accidents généraux.

1. Brun. Thèse agrégat., 1886.

Les accidents locaux n'ont qu'une importance secondaire si on les compare aux accidents généraux. Ils n'en sont pas moins intéressants à signaler; surtout l'eczéma iodoformique, le plus grave des exanthèmes iodoformiques, qui peuvent revêtir des formes multiples: érythème papuleux (Köning), eczéma (Ledentu. Fifield Goodel), exanthème semblable à l'exanthème mercuriel (Neisser), exanthème scarlatiniforme (Zeissl), exanthème polymorphe (Wallich), etc. (1).

Les accidents généraux sont aussi variables dans leur forme et dans leur intensité relative que les précédents: Shede a décrit six formes, Köning envisage trois variétés, les intoxications légères, graves et mortelles. M. Brun divise les accidents en légers et graves, ces derniers pouvant se terminer par la guérison ou par la mort.

Il n'entre pas dans notre sujet de décrire ces accidents, nous voulons seulement retenir quelques remarques pouvant intéresser l'usage particulier de l'iodoforme dans le traitement des abcès froids. Un grand nombre de cas d'intoxication légère ou même grave, mais non mortelle, ne sont pas publiés, de sorte que les statistiques publiées ne donnent qu'une faible idée des accidents qui surviennent.

Mais le point qui nous intéresse le plus est le suivant. Il est certain qu'il existe une grande divergence d'opinions au sujet de la fréquence des accidents produits par l'iodoforme. Les accidents considérés par les uns

1. Wallich. *Union médicale*, 1887.

comme fréquents et redoutables, sont donnés par les autres comme exceptionnels. La raison de cette divergence a été cherchée par presque tous les auteurs dans la dose du médicament employé. Mosetig-Moorhof, Köning ont insisté longuement sur les dangers qui pouvaient résulter de l'emploi de doses trop élevées. Köning recommande de ne pas dépasser la dose de 10 grammes qui serait la dose *maxima*.

Mais l'étude des observations publiées permet d'arriver à une conclusion bien différente et dont l'importance n'échappera à personne. « Il ne faudrait pas cependant oublier, dit Brun, qu'aucune règle générale ne saurait être établie à ce propos, et si 250 grammes d'iodoforme ont pu être tassées dans une cavité osseuse évidée sans qu'il en résultât aucun accident ; ceux-ci se sont, dans d'autres cas, montrés après l'application dans le vagin d'un simple tampon d'ouate chargé de poudre iodoformique. »

C'est à la même conclusion formulée en termes presque identiques qu'arrive Cuttler (1) dans un travail où il analyse 77 observations d'intoxication. « On ne peut fixer d'une façon absolue la dose maxima au-dessous de laquelle on n'observe plus d'accidents ; car si des doses de 100 ou de 200 grammes ont pu être impunément employées, on a vu des accidents graves après l'emploi de 1 gramme d'iodoforme en poudre, après l'application d'une boulette d'ouate imprégnée d'iodoforme et placée dans le conduit auditif. »

1. Cuttler. *Boston médic. Journal*, 1886.

Remarquons encore que parmi les conditions favorables à l'intoxication sont les deux suivantes : 1° existence d'une plaie cavitaire anfractueuse ; 2° compression au-dessus de l'iodoforme.

Ces conditions se trouvent réalisées dans les abcès froids, la première par suite de la nature et de la forme même de la collection, la seconde par suite de l'emploi de l'éther.

De tout ce qui précède, on peut, nous semble-t-il, conclure que l'emploi de l'iodoforme,même à des doses faibles, peut entraîner des accidents légers, graves ou mortels.

Nous devons cependant dire que ces accidents paraissent être plus rares dans le traitement des abcès froids par l'éther iodoformé que dans le traitement des autres plaies, de même que dans le traitement des abcès froids par le grattage et le pansement à l'iodoforme.

CHAPITRE III

DU NAPHTOL

C'est M. le professeur Bouchard qui a eu le premier l'idée d'employer le naphtol en injections interstitielles dans le traitement des adénites tuberculeuses, à la suite d'expériences destinées à étudier l'action du naphtol sur les tissus.

« Le naphtol pulvérulent, dit-il, introduit dans le sein des tissus, exerce une action irritante, provoque la multiplication des éléments conjonctifs, bref, un processus de sclérose. C'est là une propriété qui pourrait être utilisée avantageusement dans quelques cas. Chez l'homme j'ai fait quelques essais d'injection de naphtol dans les ganglions et dans le cancer. Dans les ganglions tuberculeux, les injections interstitielles que j'ai pratiquées ont eu l'avantage d'amener la rétraction progressive de la coque fibreuse, d'éviter la suppuration et même de provoquer la résolution des ganglions voisins injectés (1). »

Notre première observation provient du service de M. Bouchard. A la suite de ces succès, le naphtol a été mis en usage dans le service de M. Peyrot qui a bien voulu nous permettre de publier les premiers résultats obtenus.

1. Bouchard. *Loc. cit.*, p. 313.

Du Naphtol. — Nature et propriétés.

Mais avant de commencer l'étude du procédé opératoire et l'exposition des résultats obtenus, il nous a paru indispensable d'étudier la nature et les propriétés de notre médicament.

Nous empruntons à la thèse de M. Guérin (1882), les renseignements suivants : sur l'historique du naphtol.

« On connaît actuellement deux naphtols ou phénols naphtaliques; ce sont des corps isomères ayant pour formule ($C^{10}H^{8}O$). Shœffer les a distingués par les lettres α et β.

Le premier, l'α naphtol a été obtenu par MM. Griess et Martius, en faisant agir l'acide nitreux sur le chlorhydrate de naphtylamine ; c'est un corps employé dans l'industrie sous le nom de Jaune de Manchester ou de Jaune de Martius.

Le second, le β naphtol a été préparé par M. L. Shœffer. Il se forme par l'action de la potasse en fusion sur le naphtylsulfite de potassium.

On l'extrait de la naphtaline, matière qu'on retire en grande quantité des huiles lourdes, de goudron, de houille.

Son usage thérapeutique remonte à M. Kaposi, qui fut amené à l'employer pour remplacer le goudron dont l'efficacité dans certaines dermatoses n'était pas douteuse, mais dont l'emploi offrait quelques inconvénients. Kaposi (1) supposa que le goudron qui est un

1. M. Kaposi Wiener, *Medic. Wochen*, 1881, n° 22.

corps complexe pourrait renfermer un principe ayant les mêmes avantages sans posséder ses inconvénients. Sur les indications de E. Ludwig, et après avoir rejeté les autres principes du goudron, résineon, benzol, carbol, acide phénique, M. Kaposi employa le naphtol β.

Ce médicament fut employé avec succès contre les différentes dermatoses, sous forme de pommades. En France, M. Hardy l'employa avec succès contre la gale (1). M. Nocard fit usage de ses propriétés parasiticides dans l'acariose auriculaire des chiens (2). Mais son usage resta limité au traitement externe de certaines affections cutanées jusqu'à ce que M. Bouchard eut l'idée de l'employer à l'intérieur comme antiseptique général. Son pouvoir toxique très redouté, mais mal connu, faisait restreindre même son usage local. Quant à ses propriétés antiseptiques elles n'étaient connues que par l'action de ce médicament sur l'acare de la gale et sur quelques autres parasites.

Mais le pouvoir antiseptique réel, n'avait jamais été rigoureusement fixé. Les connaissances exactes que nous avons de ces propriétés datent de la communication faite par M. le Professeur Bouchard à l'Académie des Sciences ; que nous ne pouvons mieux faire que de reproduire en partie.

« Le naphtol n'est soluble dans l'eau qu'à la dose 0,2 pour 1000. On peut en dissoudre par litre, 0 gr. 33 dans l'eau contenant 1 d'alcool pour 1000, 1 gram-

1. Guérin, *Du traitement de la gale par le naphtol*, Thèse, 1882.
2. Nocard, *Archives vétérin.*, mars 1882.

mé dans l'eau contenant 50 d'alcool pour 1000 ; 2 grammes dans l'eau contenant 200 d'alcool pour 1000. C'est-à-dire que le naphtol est un médicament des plus insolubles.

Valeur antiseptique du naphtol.

« Quelle est sa valeur antiseptique ? Je l'ai étudiée en cultivant onze microbes différents comparativement dans des milieux nutritifs, additionnés de naphtol en proportions variées et en déterminant la proportion de naphtol qui retarde, entrave, ou empêche le développement de chaque microbe ou qui restreint ou supprime l'un de ses actes fonctionnels. A la dose de 0 gr. 33 pour 1000 de substance nutritive liquide comme les bouillons ordinaires, ou solidifiée par la gélatine ou par l'agar, le naphtol empêche complétement le développement des microbes de la morve, de la mammite de la brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du microcoque de la pneumonie et de deux organismes de la suppuration, le *staphylococcus albus* et le *staphylococcus aureus*. A la même dose, il retarde beaucoup le développement du bacille de la fièvre typhoïde dont les cultures restent très pauvres, et il entrave un peu la germination du bacille de la tuberculose........ Je fixe à 0 gr. 40 pour 1000 la dose à laquelle le naphtol exerce d'une manière évidente son action antiseptique sur un microbe déterminé, le bacille de pyocyanogène qui m'a servi pour établir comparativement le pouvoir d'autres antiseptiques. Pour

produire sur ce bacille la même action entravante, il faut, par litre de culture, 0 gr. 025 de biiodure de mercure. Le biiodure de mercure est donc 16 fois plus antiseptique que le naphtol. De la même façon, on arrive à établir que l'acide phénique l'est cinq fois moins, la créosote trois fois moins, etc... »

Au point de vue qui nous intéresse, il nous semble que l'on peut tirer de ces expériences la conclusion suivante : à savoir que comme antiseptique insoluble, le naphtol doit être préféré à l'iodoforme.

Pouvoir toxique.

Le naphtol n'est pas cependant un corps dépourvu de pouvoir toxique. Ce pouvoir semble même avoir été notablement exagéré au début. Chez les premiers malades traités par Kaposi, on observa des troubles des voies urinaires, attribués au médicament, et même dans un cas de prurigo à la suite de deux badigeonnages des extrémités, on note des phénomènes graves, ischurie, vomissements, perte de connaissance, hématurie, albuminurie, convulsions éclamptiques. « Mais, dit Kaposi, il me fut impossible d'admettre que chez ce malade, les phénomènes provinssent de la très minime quantité de naphtol employé.

La toxicité du médicament fut alors démontrée expérimentalement par Neisser (1). « Des lapins pesant 1 kilog. moururent à la suite de l'injection sous-

1. Centrale, f. d. Médicin. Wissench., 1881.

cutanée de 1 gramme de naphtol (en solution concentrée dans de l'huile chauffée) des chiens de 4 kilog. 1/2 moururent à la suite d'injections de 1 gr. 50. La mort survint au bout de 2 heures et demie à 12 heures. Les chiens présentèrent une salivation considérable et de l'agitation, les lapins des crampes extrêmement violentes. »

M. Bouchard au contr aire est arrivé à des résultats sensiblement différents et plus favorables à l'emploi du naphtol.

Etudiant le pouvoir toxique du naphtol comparativement à celui du biiodure, M. Bouchard dit : « En faisant ingérer à un lapin 0 gr. 015 de biiodure de mercure, on peut parfois provoquer la mort ; tandis que l'on n'arrive pas à produire ce résultat quand on ne fait pas ingérer une dose de naphtol supérieure à 3 gr. 80 par kilogr. d'animal ; ce que nous pouvons exprimer en disant que le naphtol par la voie stomacale est 253 fois moins toxique que le biiodure.

Il en résulte que si l'on administre le naphtol et le biiodure à des doses physiologiques équivalentes, c'est-à-dire capables de faire courir un même risque à l'animal, la dose de naphtol employée, sera capable de stériliser quatorze à quinze fois plus de matière que la dose correspondante de biiodure ; ce qui revient à dire que le naphtol a une valeur thérapeutique quatorze ou quinze fois plus grande que le biiodure.

D'après ce qui précède, la dose de naphtol capable d'être toxique pour un homme de 65 kilogr. serait voisine de 250 grammes. Introduit sous la peau le naphtol

n'est guère plus dangereux, 1 gr. 55 en solution alcoolique saturée produisent l'albuminurie ; la mort résulte de 3 grammes par kilogramme d'animal.

On voit donc que pour un homme du poids de 65 kil. la dose de naphtol administré en solution alcoolique concentrée, capable de produire l'albuminurie serait d'environ 100 grammes et qu'il faudrait injecter sous la peau 195 grammes pour amener la mort. C'est-à-dire qu'avec la solution à 5 0/0 il faudra injecter 2 litres de la solution dans un abcès froid pour entraîner l'albuminurie et près de 4 litres pour entraîner la mort.

Mais il faut aussi tenir compte des propriétés du véhicule qui comme on va le voir ne sont pas indifférentes. Voici ce que M. Bouchard dit (1) de l'action de l'alcool. « On peut injecter l'alcool absolu dans le tissu cellulaire sans déterminer de narcose, jusqu'à la dose où il devient mortel par intoxication générale. Avec 4 c.c. en solution aqueuse à 20 0/0 on tue un kilogr. de matière vivante par injection intra-veineuse ; on peut injecter 8 c.c. par la voie sous-cutanée. »

D'après cela nous n'avons pas à nous préoccuper de l'action nocive locale de l'alcool. L'action toxique générale est seule à considérer. Les 8 c.c. de la solution aqueuse, employée par M. Bouchard en injection sous-cutanée représentent 1 c.c. 6 d'alcool absolu et équivalent par conséquent à 1 c.c. 6 $\times$ 3 = 4 c.c. 8 de la solution alcoolique au tiers que nous avons employée. Pour un homme du poids moyen de 65 kil. la dose toxique

1. *Loc. cit.*, 310.

par injection sous-cutanée de cette solution au 1/3, serait donc de 4 c.c. 8 $\times$ 65 = 312 c.c. C'est là un chiffre dont il faut tenir compte. Si dans des abcès froids de petit et de moyen volume, on peut sans inconvénient chez un adulte remplir la poche avec une solution alcoolique, il y aurait du danger à vouloir procéder de même quand il s'agit de vastes abcès par congestion, tels qu'on les observe dans la fosse iliaque par exemple. On devrait alors avoir soin de rester notablement au-dessous de la dose toxique. La même prudence s'impose quand il s'agit d'abcès assez volumineux chez des enfants.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'opérer sur des abcès de gros volume. Dans ce cas pour éviter les effets toxiques de l'alcool ; et d'autre part pour que toute la paroi de la poche avec ses interstices et ses prolongements soit soumise à l'action du naphtol ; on pourrait après avoir rempli la cavité de l'abcès peser sur la poche, et faire écouler ainsi par la canule une certaine quantité du liquide injecté. Il resterait encore une quantité suffisante du médicament.

Nous nous sommes constamment servis de la solution alcoolique au 1/3 contenant 5 0/0 de naphtol ; mais pour les vastes abcès, on pourrait injecter une solution moins fortement alcoolique et moins chargée de naphtol, une solution contenant par exemple pour 100 c. c. 20 c. c. d'alcool et 2 grammes de naphtol produirait encore très probablement d'excellents effets.

Comme on le voit, on est limité dans ces injections non par le médicament actif, mais par le véhicule. A ne

tenir compte que du naphtol on pourrait injecter, du moins théoriquement, près de 2 litres de la solution. Mais la toxicité de l'alcool réduit ce chiffre à 300 c. c. environ.

Du reste ce reproche qu'on peut faire aux injections naphtolées, s'applique bien mieux encore aux injections iodoformées, dans lesquelles on doit incriminer et le médicament et le véhicule.

CHAPITRE IV

MODE D'EMPLOI

Nous nous sommes servis de la solution forte de Naphtol dont la formule suivante a été donnée par M. Bouchard.

Naphtol β.	5 grammes.
Alcool à 90°	33 »
Eau distillée chaude . .	Q. S. pour 100 cc.

Filtrez à chaud.

Au moment de faire l'injection, il faut plonger le flacon dans un bain-marie. En même temps la seringue à injection baignera dans une solution antiseptique chaude. Ces précautions sont nécessaires pour empêcher la précipitation du naphtol qui boucherait l'aiguille ou la canule du trocart.

CHAPITRE V

MANUEL OPÉRATOIRE

L'opération varie suivant qu'on a affaire à un abcès froid collecté, ou à un ganglion tuberculeux non encore suppuré.

Dans le premier cas, l'opération se divise en deux temps : 1° ponction aspiratrice ; 2° injection.

Ponction aspiratrice. — L'aspiration du pus de l'abcès n'est pas nécessaire dans tous les cas. Nous avons obtenu des succès dans des abcès dont le contenu trop épais n'avait pu être aspiré. Cependant lorsque l'abcès est un peu volumineux, lorsqu'il atteint la grosseur d'un œuf, par exemple, l'évacuation, quand elle est possible, hâte beaucoup la guérison, car elle permet le contact de toute la face interne de la poche avec le naphtol qui se dépose sur elle.

La ponction se fait à l'aide de l'aspiration Dieulafoy muni du trocart n° 2 ou n° 3, suivant le volume de l'abcès. On enfonce obliquement le trocart de façon que l'ouverture de la poche et celle de la peau ne se correspondent pas. On évite ainsi l'issue du liquide.

Lorsque la canule se trouve obstruée par des grumeaux, ce qui arrive le plus souvent, on y introduit un fil d'argent.

2° *Injection.* — Quand le pus est évacué, on fait pas-

ser plusieurs seringues d'eau naphtolée dans l'abcès, afin de détacher et d'entraîner les derniers grumeaux que l'on fait sortir en pressant sur la poche. On fait ensuite pénétrer rapidement par la canule restée en place le contenu de la seringue à injection. On injecte assez de solution pour amener une distension modérée de la poche. La canule est retirée et l'occlusion de l'orifice cutané se fait à l'aide de collodion et d'ouate. Légère compression ouatée sur l'abcès.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que lorsqu'il existe déjà un trajet fistuleux on doit se servir de son orifice cutané pour faire l'injection.

Parfois une seule injection est nécessaire, mais le plus souvent, alors même que l'abcès ne s'est pas reproduit, lorsqu'il existe de l'empâtement sur la périphérie nous avons fait une ou plusieurs injections interstitielles, pour amener la sclérose de ces tissus.

Nous avons employé souvent les injections de naphtol contre les adénites tuberculeuses en voie de ramollissement. En dehors du traitement général si souvent infidèle, on ne peut guère avoir recours dans ces affections qu'à l'extirpation du ganglion, opération toujours délicate.

M. le Professeur Verneuil a utilisé contre ces adénites les injections interstitielles d'éther iodoformé. Le procédé est un peu compliqué.

« On enfonce la seringue de Pravaz en pleine tumeur ganglionnaire, on y injecte le contenu, le tissu morbide se ramollit, et se transforme en abcès froid, la réaction est un peu vive comme l'ont observé MM. Ver-

neuil et Verchère qui ont imaginé ce nouveau traitement. Lorsque la matière purulente est collectée, on la traite comme un abcès froid que l'on évacue, et dans lequel on injecte de l'éther iodoformé (1).

Avec le naphtol, nous avons vu les choses se passer plus simplement. On fait dans la masse ganglionnaire, au niveau de chaque ganglion et même en plusieurs points du même ganglion (de façon à faire parcourir à l'aiguille de Pravaz différents diamètres de la tumeur) plusieurs injections de la solution alcoolique concentrée de naphtol. Un gramme suffit pour chaque ganglion. La réaction est faible, les malades se plaignent d'avoir éprouvé quelques douleurs le jour suivant, mais la masse n'augmente pas de volume, ne s'échauffe pas, ne rougit pas. Le processus inflammatoire est arrêté.

1. Reclus. *Loc. cit.*, p. 25.

CHAPITRE VI

AVANTAGES. — INCONVÉNIENTS. — RÉSULTATS DE LA MÉTHODE.

Dans le traitement des abcès froids, les injections de naphtol présentent sur l'incision et le grattage les mêmes avantages que l'on a reconnus aux injections d'éther iodoformé.

Elles suppriment le traumatisme opératoire, l'ouverture des vaisseaux de la zone malade qui prédispose, à la généralisation. Enfin, elles amènent la guérison sans laisser de cicatrices, avantage si précieux pour les cas d'abcès du cou et de la face.

Un autre avantage spécial au naphtol réside dans les propriétés de ce corps, dont l'action sclérosante sur les tissus tuberculeux s'est montrée évidente dans tous les cas où nous avons fait des injections dans les ganglions ramollis, non suppurés. Sous l'influence du médicament, la masse ramollie, s'est transformée en une masse dure et indolore ; le processus inflammatoire a été enrayé, la peau ne s'est pas amincie ni ouverte.

On peut objecter que les ganglions injectés, sont restés dans toutes nos observations, volumineux. Nous n'avons pas suivi nos malades assez longtemps pour savoir au bout de quel temps le ganglion injecté revient à son volume normal. Ce résultat semble se produire

lentement, ainsi que l'a observé M. Bouchard. « Dans les ganglions tuberculeux, les injections interstitielles que j'ai pratiquées ont eu l'avantage d'amener la rétraction « progressive » de la coque fibreuse. »

Mais il nous semble avoir déjà obtenu un résultat des plus importants, en évitant aux malades un abcès ganglionnaire qui paraissait inévitable, avec tous les inconvénients des fistules et des cicatrices propres aux abcès froids.

Dans les abcès froids d'origine ganglionnaire la guérison n'a jamais fait défaut.

Si dans un cas (Obser. I) la guérison est survenue après une seule injection, dans tous les autres cas deux injections au moins ont été nécessaires. C'est au bout de huit jours que les injections ont été renouvelées. Ce temps est au moins indispensable ; M. Bouchard ayant trouvé que le naphtol n'est pas absorbé avant sept jours et davantage.

Peut-être pourrait-on espacer plus qu'il n'a été fait dans nos observations les injections successives ? Peut-être en diminuant la quantité de naphtol injecté, arriverait-on à la guérison sans observer l'hypertrophie persistante des ganglions dont nous avons parlé plus haut ? Peut-être éviterait-on aussi la formation de la masse dure qui s'est produite dans l'observation IV.

Dans ce cas, après la deuxième injection, la périphérie de l'abcès est devenue dure et épaisse. Cette induration en forme d'anneau a été en augmentant après chaque injection au détriment de la cavité qui s'est trouvée ainsi comblée.

A la place de l'abcès, on a eu une masse moins volumineuse, mais encore très visible, formée probablement par un dépôt plâtreux de naphtol, ainsi que M. Bouchard l'a observé dans ses expériences chez les animaux.

Du reste la présence d'une masse de naphtol dans un abcès tuberculeux au contact d'un os atteint de carie, nous paraît une condition favorable pour guérison de cette carie ; cause du mal.

Dans l'observation VI, nous voyons un abcès ossifluent du même volume guéri par recollement des parois, sans formation de masse indurée. Il est vrai que dans cette observation la guérison s'est accompagnée de la formation d'une fistule par où se vidait l'abcès et une partie du liquide injecté.

Cet écoulement s'est encore produit dans les observations II et V, mais avec moins d'abondance.

Dans ces cas le liquide qui s'écoule les jours suivants par l'orifice laissé par le trocart est jaune, très fluide, très différent du pus qui a été aspiré. Parfois cependant avec ce liquide s'écoulent quelques grumeaux; c'est justement à cause de l'évacuation de ces grumeaux que nous avons respecté ces fistules. Le seul inconvénient que nous leur ayons trouvé, c'est d'agrandir un peu l'orifice de la piqûre et encore cet orifice agrandi nous a-t-il facilité les injections ultérieures qui ne nécessitent pas de nouvelles piqûres.

Dans nos observations III et VI l'orifice avait admis un petit pois; dans tous les autres cas, il était à peine visible.

Dans aucun cas, nous n'avons observé d'accidents. Même avec des abcès recouverts d'une poche rouge et très mince, nous n'avons observé d'eschares ni de phénomènes inflammatoires ; grâce à l'emploi de l'alcool comme véhicule, on évite ce gonflement, si considérable parfois, qui s'observe après les injections d'éther iodoformé. La compression des organes voisins n'est pas non plus à craindre.

Observation I

Service de M. Bouchard.

Scarlatine. — Abcès froid de la région sous-maxillaire. — Guérison après une seule injection de Naphtol.

Le nommé Richard, cocher, âgé de 25 ans, entré le 5 février 1889, salle Rabelais, lit n° 15 bis . Service de M. Bouchard.

Antécédents héréditaires. — Père mort de maladie inconnue ; mère vivante, mais pas bien portante.

Antécédents personnels. — Fluxion de poitrine il y a une huitaine d'années.

Début de la maladie actuelle. Le samedi 2 février le malade a été pris de frissons et de fièvre. Ils est couché, et le dimanche 3 février, il s'est aperçu que ses jambes et ses mains étaient rouges.

6 février. — Actuellement la température = 36°,8 et l'on constate sur le voile du palais une rougeur assez unie qui s'étend jusqu'aux amygdales. Les jambes et les mains sont occupées par une éruption scarlatineuse qui fait place à une coloration blanche, quand on comprime la peau avec le doigt.

La langue présente un aspect rouge vif et vernissé caractéristique.

Les fonctions digetives ne sont pas troublées.

Rien aux poumons, rien au cœur, rien dans les urines.

On constate au niveau de l'angle de la mâchoire et du cou, du côté gauche, une tuméfaction du volume d'une grosse noisette environ. La peau est rouge et présente une souplesse moindre que celle des parties voisines. Fluctuation obscure. Pas de douleur à la pression. Cette adénite date déjà d'un certain temps. Le malade ne fixe pas exactement le début.

6 février. — L'éruption apparaît sur le tronc.

8 février.— La desquamation commence dans le dos et sur les jambes. La rougeur du pharynx est moins vive. La langue se desquame aussi. Les urines sont normales.

7 février. — La fièvre est tombée.

11 février. — La desquamation commence à la face, ainsi qu'aux mains et aux pieds.

12 février. — La tuméfaction située à l'angle de la mâchoire a augmenté de volume : la peau est lisse et tendue. La palpation est douloureuse, on sent de la fluctuation.

14 février. — La desquamation continue aux mains et aux pieds. Les urines sont normales.

16 février. — Le malade se plaint de douleurs dans l'abdomen, il a de la diarrhée depuis deux jours.

18 février.—La diarrhée a diminué après une potion de sous-nitrate de bismuth et diascordum. Les urines sont normales.

19 février. — L'abcès de l'angle de la mâchoire atteint à présent le volume d'une grosse noix, la fluctuation est très nette. Indolence à peu près complète. On fait une ponction avec une seringue de Pravaz, et on injecte ensuite la solution de Naphtol à 5 0/0 jusqu'à ce que la poche soit distendue.

Le malade accuse une douleur au moment de la piqûre ; mais l'injection est complétement indolore. On applique ensuite un pansement à la vaseline iodoformée qu'on laisse en place pendant 4 jours. La température qui était normale depuis dix jours, s'élève le soir à 39°. Le lendemain et jours suivants, pas de fièvre.

25 février. — Au bout de ce temps, la tumeur a disparu ; ainsi que la rougeur de la peau. Il existe encore une petite portion indurée au centre de laquelle on voit la trace de la piqûre faite par l'aiguille au moment de l'injection.

26 février. — Les urines sont normales, la desquamation

est presque terminée. Le malade commence à se lever sans sortir de la salle.

9 mars. — Le malade quitte l'hôpital. Toute trace de l'adénite a disparue. A la vue de la cicatrice, la palpation seule permet de sentir un petit noyau induré à la place qu'occupait l'abcès.

Observation II (personnelle)

Adénite tuberculeuse suppurée de la région cervicale. Injection de solution alcoolique de naphtol. Guérison.

Le nommé Boulay, Marcel, âgé de 28 ans, verrier, entré le 9 mars 1889, salle Nélaton, n° 8. Service de M. Peyrot.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Lui-même n'a jamais eu de maladie grave. Cependant il a éprouvé beaucoup de privations depuis quelques mois. Il tousse tous les hivers ; jamais d'hémoptysie.

Il y a plusieurs mois que les ganglions du cou ont augmenté de volume, la peau a rougi et s'est amincie depuis un mois. Il y a huit jours qu'un des ganglions s'est ouvert et continue à suppurer. Il a été dans plusieurs consultations d'hôpitaux où on s'est borné à lui recommander l'usage du quinquina, et la teinture d'iode comme topique.

A son entrée dans le service, nous trouvons le malade pâle, très amaigri. Toute la région antéro-latérale gauche du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au voisinage du sternum est occupée par une chaîne de ganglions hypertrophiés et ramollis. La peau est rouge et amincie. En deux points il existe des fistules par où s'écoule le pus.

Le malade n'éprouve pas de douleurs, mais une simple gêne dans les mouvements du cou.

Malgré l'apparence cachectique du malade, on ne trouve pas de lésions pulmonaires très avancées, au sommet gauche, submatité, inspiration rude, quelques craquements.

10 mars. — Par les orifiees fistuleux et directement, dans les ganglions, on injecte à l'aide de la seringue de Pravaz environ 2 gr. 50 de la solution alcoolique de naphtol à 5 0/0. Léger pansement compressif. Traitement général.

17 mars. — La région a un très bon aspect, la peau amincie s'est recollée, les ulcérations n'ont pas augmenté, deux des fistules sont taries. Il en existe encore une en avant du sterno-mastoïdien.

Deuxième injection jugée nécessaire, on injecte environ 3 grammes. Le malade quitte l'hôpital le 19 mars et revient se faire panser.

26 mars. — Tous les abcès sont taris. La peau est entièrement recollée quoique toujours rouge. On sent encore deux ganglions en avant du muscle sterno-mastoïdien ; mais ces ganglions sont durs et indolores.

On ne fait pas de nouvelle injection ; le malade n'est pas revenu.

Dans ce cas 2 injections ont suffi pour amener la guérison d'abcès froids volumineux du cou.

Observation III (personnelle)

Adénite inguinale gauche d'origine probablement tuberculeuse. — Injections de naphtol. — Guérison.

Le nommé Pain Louis, 38 ans, menuisier, entré le 2 mars 1889, salle Nélaton, n° 1. Service de M. Peyrot.

Rien à noter dans les antécédents au point de vue de la tuberculose. Le malade est habituellement bien portant; il n'a jamais eu de maladie grave. Il ne tousse pas habituellement; il n'a jamais eu d'hémoptysie. Il y a quinze jours, il s'est aperçu qu'il portait dans l'aine gauche une petite tumeur du volume d'une noix, qu'il croit être une hernie. Cette tumeur est très douloureuse au contact. Il avait eu la semaine dernière des vomissements pendant deux ou trois jours.

A l'examen, on trouve un homme gros, vigoureux. Au-dessous de l'arcade crurale on trouve une petite tumeur du volume d'une noix, arrondie, paraissant remonter dans le canal crural. Cette tumeur est assez douloureuse à la pression. On ne trouve aucune lésion des organes génitaux, rien du côté de l'anus; pas d'excoriation dans le membre inférieur. Le diagnostic se pose entre une épiplocèle enflammée de l'anneau crural, ou une adénite de la même région. M. Peyrot fait le diagnostic d'adénite enflammée, et à cause de l'absence des lésions des lymphatiques afférents pense à une adénite tuberculeuse. — Les jours suivants la tumeur augmente de volume et devient fluctuante.

18 mars. — On fait une injection de solution alcoolique de naphtol à 5 0/0, sans ponction aspiratrice préalable. Les jours

suivants, on voit se faire par l'orifice de la piqûre un suintement d'un liquide clair ne ressemblant pas à du pus. La tumeur ne diminue pas de volume.

27 mars. — Toute la périphérie de la tumeur est dure et épaisse. Au centre, il existe un point de ramollissement et une ouverture par où pénétrerait un petit pois. Il s'écoule encore du liquide en assez grande quantité. Par l'orifice fistuleux, on fait passer environ 1 gramme de la solution déjà employée. Deux injections, suivant deux diamètres différents, sont faites à la périphérie du ganglion. Environ 3 grammes de solution sont injectés en tout. Pansement légèrement compressif.

2 avril.— La fistule a tari. La masse ganglionnaire est aussi grosse qu'avant le traitement. Mais au ramollissement et à la suppuration a succédé une induration presque ligneuse due évidemment au naphtol. Les douleurs ont disparu, le malade quitte le service.

En somme la guérison est survenue après deux séries d'injections, malgré l'existence d'une fistule qui n'a pas été défavorable au traitement.

Observation IV (personnelle)

Abcès froid sous-mammaire. Injections de naphtol. Guérison.

Allard, 10 ans (*Traité à la consultation externe*, salle Nélaton). Père et mère bien portants. Élevé au sein par la mère. Fièvre de croissance il y a deux ans. Il a toujours été chétif, il mange peu, ne tousse pas.

Il y a deux mois est survenu, sans cause apparente, sans

traumatisme, une tumeur en arrière du sein gauche. La tumeur a peu à peu augmenté de volume sans causer ni gêne ni douleur.

10 mars. — Enfant maigre, d'apparence chétive, mais bien constitué, pas de trace de scrofule. Le mamelon gauche est soulevé par une tumeur du volume d'une orange, douloureuse à la pression, très fluctuante. En faisant contracter le grand pectoral on reconnaît que ce muscle passe en avant de la tumeur. En explorant les côtes, on reconnaît que la cinquième côte au-devant de laquelle la tumeur est située est douloureuse à la pression.

La respiration est normale dans les deux poumons.

Diagnostic. — Abcès froid provenant d'une ostéite tuberculeuse de la cinquième côte.

Traitement. — La ponction aspiratrice permet de retirer environ 30 grammes d'un pus épais obstruant souvent le trocart n° 3. Par la canule du trocart, on fait pénétrer une injection de 10 grammes d'une solution forte. Pansement légèrement compressif. Traitement général reconstituant.

18 mars. — La tumeur est toujours volumineuse et fluctuante, cependant, il se forme sur toute sa périphérie une induration en anneau. Injection de 5 grammes de la solution forte.

25 mars. — La tumeur est toujours volumineuse, mais elle n'est plus fluctuante qu'à son centre. A la périphérie l'anneau induré s'est étendu, et tend à combler toute la poche. Injection de 2 grammes de la solution forte.

1er avril. — A la place de l'abcès, il existe une masse saillante, de consistance dure, indolore à la pression. Pas d'injection.

8 avril. — Même état. Il n'y a plus de fluctuation. Pas de douleur. Compression légère.

Dans cette observation, les injections répétées de naphtol ont amené en trois semaines la disparition d'un abcès froid volumineux. Il est vrai qu'il reste une induration encore volumineuse, due vraisemblablement à un dépôt plâtreux de naphtol pulvérulent. La légère difformité qui persiste pour quelque temps encore est croyons-nous amplement compensée par l'existence dans la poche de l'abcès, au voisinage de la côte malade, d'une masse de substance antiseptique dont la présence peut amener la guérison du point d'ostéite costale et en tout cas prévenir la reproduction de l'abcès.

Observation V

Adénite chronique bilatérale de la région inguinale. Traitement par les injections de naphtol. Guérison.

Perrot Jacques, 48 ans, serrurier, entré le 15 mars 1889, salle Nélaton, lit n° 29.

Père mort à 72 ans, hydropique. Mère morte à 77 ans. Frères et sœurs bien portants. Lui-même est d'habitude bien portant. Il aurait eu la syphylis à 23 ans. Il n'a jamais eu d'accidents secondaires ni tertiaires.

Il dit qu'il lui arrive fréquemment, après la fatigue, de sentir de douleurs dans le pli de l'aîne dont les ganglions deviennent volumineux et douloureux.

Il y a deux ans, il a eu une grosse adénite dans l'aîne droite terminée par suppuration.

Il fait remonter le début de l'affection actuelle à 15 jours ou 3 semaines. Il s'est alors beaucoup fatigué. Les ganglions de droite ont commencé à devenir volumineux, puis ce fut au tour de ceux du côté opposé. Il n'a pas éprouvé de bien vives douleurs, cependant ces tumeurs étant gênantes pour la marche et devenant douloureuses après la fatigue de la journée, il vient à l'hôpital.

A l'examen on trouve un homme vigoureux et n'ayant nullement l'air tuberculeux. Chaque région inguinale est occupée par une tumeur volumineuse. A gauche la tumeur suit la direction du pli de l'aîne. Elle s'étend entre l'orifice du canal inguinal et l'anneau crural. Elle atteint le volume d'un œuf de dinde. La peau qui la recouvre, est saine, non enflammée, elle se laisse plisser. La tumeur en masse est mobile sur les plans profonds. Elle est formée de deux ou trois masses secondaires agglomérées. Lorsqu'on presse sur elle perpendiculairement à son grand axe, on sent une fluctuation profonde.

A droite, il existe au niveau de l'anneau crural, une tumeur marronée, du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur située immédiatement sous la peau qui est mobile et saine, se continue en arrière avec une tumeur du même volume, située profondément sur le bord de la fosse iliaque. La masse superficielle a une consistance peu ferme; elle semble en voie de ramollissement. La masse profonde est plus dure et ne paraît pas ramollie. Les régions qui correspondent aux lymphatiques afférents des ganglions inguinaux n'offrent aucune lésion! On ne

trouve rien à l'anus, à la verge; pas d'écorchures sur les membres inférieurs. Rien aux poumons.

Il s'agit évidemment d'adénites multiples des ganglions inguinaux, mais leur nature est difficile à préciser, à cause de l'absence d'antécédents tuberculeux chez notre malade dont les poumons et les testicules sont absolument sains. Cependant, vu l'absence de toute lésion capable d'expliquer l'origine d'une adénite symptomatique, on penche involontairement à rattacher cette inflammation à marche lente et turpide à une tuberculose locale des ganglions.

16 mars. — La masse ganglionnaire gauche ponctionnée donne environ 110 grammes d'un pus épais. On injecte 5 grammes de la solution de naphtol à 5 0/0. A droite, la ponction donne seulement quelques grammes de pus. On injecte deux grammes de la même solution dans les ganglions superficiels et un gramme dans les ganglions profonds de la fosse iliaque.

23 mars. — Les deux tumeurs n'ont pas diminué de volume. Par les orifices du trocart continue à s'écouler un liquide jaune citrin contenant quelques grumeaux. Par ces orifices, nouvelles injections de 5 grammes à gauche et de 2 grammes à droites. Pas d'occlusion des orifices ; légère compression.

30 mars. — Il ne suinte plus de liquide par les orifices des ponctions ; la peau est tout à fait saine.

A gauche la tumeur ganglionnaire a diminué de moitié ; à droite les ganglions superficiels sont aussi beaucoup moins volumineux. Les ganglions profonds n'ont pas sensiblement diminué de volume, mais leur consistance est beaucoup plus ferme.

On injecte environ 3 grammes à gauche et 2 grammes à droite, un gramme dans les ganglions superficiels ; un gramme dans les profonds.

7 avril. — Les ganglions sont dans le même état, la peau est toujours souple et normale, mais le volume des ganglions ne diminue pas sensiblement, tandis que la consistance est devenue presque ligneuse.

C'est dans cet état que le malade qui ne souffre plus quitte le service sur sa demande le 9 avril.

Dans cette observation, les injections de naphtol ont eu pour résultat : 1° d'empêcher l'ouverture spontanée, en amenant la guérison, de deux abcès ganglionnaires très volumineux ; 2° d'arrêter la marche d'une adénite profonde de la fosse iliaque ; 3° d'amener un état de sclérose du parenchyme ganglionnaire s'accompagnant encore d'un excès de volume sans inconvénient pour la malade.

Observation VI (personnelle)

Abcès froid de la jambe, injection de naphtol. Guérison.

Le nommé M..., 32 ans, garçon de bureau, vient suivre son traitement, salle Nélaton.

Père mort à 56 ans, tuberculeux. Trois frères ou sœurs morts jeunes. Un seul enfant, bien portant. Il n'a jamais eu de maladie grave, il tousse un peu tous les hivers. Il a eu des maux d'oreilles à 20 ans, après lesquels il reste presque sourd pendant un an.

Il y a huit ans, il a éprouvé des douleurs dans les genoux accompagnées de craquements et de gonflements. Il attribue ces douleurs à l'humidité des caves ou il est obligé de travailler, et il abandonne son métier.

Depuis qu'il a changé de profession les douleurs poly-articulaires ne se sont pas reproduites ; mais le genou droit est resté volumineux. Il a une hydartrose chronique qui a résisté à tous les traitements.

Depuis quinze jours environ, une tumeur indolore s'est produite sur la face interne du tibia droit au tiers supérieur de l'os.

15 mars. — A l'examen, teint pâle, facies de tuberculeux. A l'auscultation, on trouve de la submatité au sommet du poumon gauche avec des craquements. Le genou droit augmenté de volume est le siege d'une hydartrose volumineuse. Sur la face interne du tibia du même côté, au niveau du tiers supérieur de l'os, on voit une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de dinde, très fluctuante.

Diagnostic. — Abcès froid, d'origine osseuse.

Traitement. — Ponction évacuatrice de la poche donnant un verre à liqueur de pus mal lié. La poche ne peut être vidée complétement à cause des grumeaux qui bouchent l'aiguille nº 3 de l'appareil Potain. Lavage de la poche à l'eau naphtolée; injection de 10 gr. de solution de naphtol.

25 mars. — L'écoulement a continué par l'ouverture qui s'est un peu agrandie et qui laisserait pénétrer un petit pois. Les parois de la poche sont flasques, la peau est rouge, par l'orifice sortent des grumeaux épais. Lavage à l'eau naphtolée. Injection de 5 grammes de la solution de naphtol.

1er avril. — La peau s'est recollée complétement, par l'ouverture il s'écoule un peu de pus.

9 avril. — L'orifice de la fistule est presque comblé, les parois de la poche sont bien recollées, la région est indolore.

La guérison de cet abcès froid a demandé environ 25 jours, et si dans ce temps les injections ont été plus nombreuses que d'habitude, c'est à cause de l'existence de la fistule qui laissait écouler une partie du liquide injecté. Nous avons respecté la fistule pour permettre l'évacuation des grumeaux épais qui encombraient la poche.

Observation VII

Adénite tuberculeuse de l'aine superficielle et profonde. — Extirpation des ganglions superficiels suppurés. — Résolution des ganglions profonds par des injections de Naphtol.

Boulard Edmond, 28 ans, tourneur, entré le 6 mars 1889 salle Voillemier, service de M. Peyrot à Lariboisière.

Rien d'important dans les antécédents. Le malade tousse habituellement l'hiver. Jamais d'hémoptysie. Il y a 5 semaines sans cause connue, le malade s'est aperçu qu'il portait une « glande » dans l'aine droite. Cette tumeur a continué à grossir rapidement sans causer d'ailleurs de gêne et de douleur bien vive. Croyant à un bubon vénérien le malade vient à la consultation et est admis dans la salle.

A l'examen on trouve à droite dans la région inguinale une tumeur du volume d'un œuf. La peau qui la recouvre est rouge et très amincie ; perforée en un point par où suinte du pus mal lié. En arrière de ce ganglion, dans la fosse iliaque, on trouve une tuméfaction du volume d'un œuf et qui est évi-

demment formée par un ou plusieurs ganglions hypertrophiés et ramollis. Il n'existe aucune lésion sur le membre inférieur, sur les organes génitaux, ni à l'anus qui puisse expliquer la production de ces adénites.

Le malade a un aspect général assez bon, bien que le facies soit pâle.

Sous la clavicule gauche on trouve de la submatité et des craquements secs. Pas d'autres lésions pulmonaires. En présence de ces signes on conclut à une adénite tuberculeuse.

9 mars. — Le ganglion superficiel complétement ramolli a donné lieu à une sorte d'abcès qui s'est ouvert par une ulcération de la peau très amincie et décollée. On incise et on enlève la coque ganglionnaire à l'aide de la curette tranchante. Le ganglion profond est étalé ; il semble ramolli. On se décide à le traiter par le naphtol à cause de sa situation profonde dans le bassin. On injecte à travers la paroi abdominale 5 grammes de naphtol dans la masse ganglionnaire.

14 mars. — Nouvelle injection (2 grammes) dans le ganglion de la fosse iliaque.

19 mars. — Le ganglion est plus dur, mais aussi volumineux, nouvelle injection (2 grammes).

27 mars. — Le ganglion devient de plus en plus dur, la suppuration semble arrêtée ; quatrième injection de 3 grammes de solution de naphtol.

15 avril. — La résolution s'est maintenue. La masse ganglionnaire profonde est toujours sensible à la palpation, mais sous la forme d'un noyau dur beaucoup moins volumineux qu'au début du traitement.

Le malade sort avec une cicatrice très apparente formée par l'élimination du ganglion superficiel.

CONCLUSIONS

1° Les injections de naphtol en solution alcoolique concentrée se sont montrées efficaces dans tous les cas d'adénite tuberculeuse suppurée où nous les avons vu employer.

La guérison est survenue ordinairement après deux ou trois injections successives ; c'est-à-dire au bout de deux ou trois semaines, et dans un cas après une seule injection.

2° Les injections dans les ganglions en voie de ramollissement, non encore suppurés, arrêtent le ramollissement, préviennent la suppuration et l'ouverture spontanée des ganglions, qui sont changés en petites masses dures et indolores.

3° Les injections naphtolées ont été employées dans deux cas d'abcès ossifluents de moyen volume. La guérison est survenue après trois injections.

Vu par le Président de la thèse

BOUCHARD

Vu, par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DENONVILLIERS. — Dict. encyclop., art. abcès.
RECLUS. — Critique et cliniques chirurgie.
VERNEUIL. — Communication. Congrès de chirurgie 1885 et Revue de chirurgie 10 mai 1885.
SOCIN. — Congrès français de chirurgie, 1885.
BOECKEL. — Congr. franç. de chirurg., 1885.
VOLKMANN. — Congrès allemand de chirurgie, 1885.
VERCHÈRE. — Revue de chirurgie 1886 (10 juin).
RECLUS. — Traitement des abcès froids (Gazette hebdomadaire de médec.), 7 janvier 1887.
BRUNS. — Congrés allemand, 1887.
BEHRINGH. — De l'empoisonnement iodoformique. Deutsch. medic. Wochensch. 1882.
BUM. — Empoisonnement iodoformiq. Wien. medic., P. 2.
BRUN. — Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques. Thèse agrégat. Paris, 1886.
BRUNS et NAUWERK. — Therapeuts monatsh., 1887.
HEYN-ET-ROVSING (Thorkild). — Forstch-der medic. 1887.
VILLEMIN. — Thèse Paris, 1888.
DUCLAUX. — Annales institut pasteur. T. I, 605.
KAPOSI. — Wienen medic. Woch., 1881.
NOCARD. — Archives vétérinaires (mars 1882).
SHOEFFER. — Deutsch Chem, Gesseloch., T. II.
WURTZ. — Dict. chimie.
GUÉRIN. — Thèse Paris, 1882.
BOUCHARD. — Thérapeut. des maladies infectieuses.

Imprimerie des Écoles, Henri JOUVE, 23, rue Racine, Paris.